



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS à retourner sous huit jours

Nom :  
 Nom de naissance :  
 Prénom :  
 Né le : ..... à .....  
 Situation familiale : .....  
 Situation professionnelle : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : .....  
 Mobile : .....  
 E-mail : .....  
 Téléphone personne à prévenir : .....  
 Si vous êtes sous tutelle ou curatelle, précisez :  
 Nom /prénom du tuteur ou curateur : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone et ou mobile : .....  
 E-mail : .....

**SECURITE SOCIALE (CPAM) OU AUTRE CAISSE :**  
 Joindre une copie de l'attestation de droit mise à jour  
 (ne photocopiez pas votre carte vitale)

CODE D’AFFILIATION : .....  
 N° DE SECURITE SOCIALE : .....  
 ADRESSE DE VOTRE CAISSE : .....  
 TELEPHONE DE VOTRE CAISSE : .....

Préciser :

|      |                          |           |                          |
|------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| CPAM | <input type="checkbox"/> | MFP       | <input type="checkbox"/> |
| MGEN | <input type="checkbox"/> | RAM/RSI   | <input type="checkbox"/> |
| MSA  | <input type="checkbox"/> | autres... | <input type="checkbox"/> |

**MEDECINS**

Médecin prescripteur du séjour :

- Médecin traitant : .....

Adresse : .....  
 Téléphone : .....

- Pneumologue : .....

Adresse : .....  
 Téléphone : .....

- Cardiologue : .....

Adresse : .....  
 Téléphone : .....

**MUTUELLE OU CMU**

Joindre une copie de votre carte mutuelle mise à jour

NOM DE VOTRE MUTUELLE : .....  
 N° ADHERENT : .....  
 ADRESSE DE VOTRE MUTUELLE : .....  
 TELEPHONE DE VOTRE MUTUELLE : .....  
 FAX DE VOTRE MUTUELLE : .....

Informations à communiquer à votre mutuelle  
**Clinique du Souffle® Les Clarines**  
**FINESS N°150002608**  
**DMT 180**

Prise en charge du forfait journalier (20€/j) :  OUI  NON  
 Prise en charge de la Chambre individuelle:  OUI  NON  
 Si oui précisez le Montant/jour : .....

**Type de séjour**

Hospitalisation complète       Ambulatoire

**Date d'entrée souhaitée :** ..... / ..... / .....  
 La date définitive sera donnée **en fonction des disponibilité et réception du dossier médical.**

**HEBERGEMENT DU PATIENT :** prise en charge demandée à la mutuelle (Sauf mutuelle de la Fonction Publique. L'assuré fait l'avance des frais.  
 Souhaitez une chambre individuelle ? Oui  cochez le tarif demandé ci-dessous Non  vous serez logé en chambre double  
 Tarifs des chambres individuelles au 01/01/2019 (la demande de prise en charge sera envoyée avec la confirmation d'entrée à remettre à votre mutuelle) :  
 50€ /j Standard 70 €/j Standard+  90€/j Confort  110€/j Confort +  160€/j Supérieure  150€/j Prestige  250€/j Premium

**HEBERGEMENT DE L'ACCOMPAGNANT :** la facture des frais accompagnant est établie en fin de séjour et réglée à l'Etablissement.  
 Personne accompagnante: Oui (tarif 25€/nuit)  Non  Si oui, nombre de nuits : .....  
 Repas accompagnant : Oui (tarif 10€/ repas)  Non  Si oui, nombre de : Petit déjeuner ..... Midi..... Soir : .....

**DATE :** ..... **SIGNATURE :** .....

